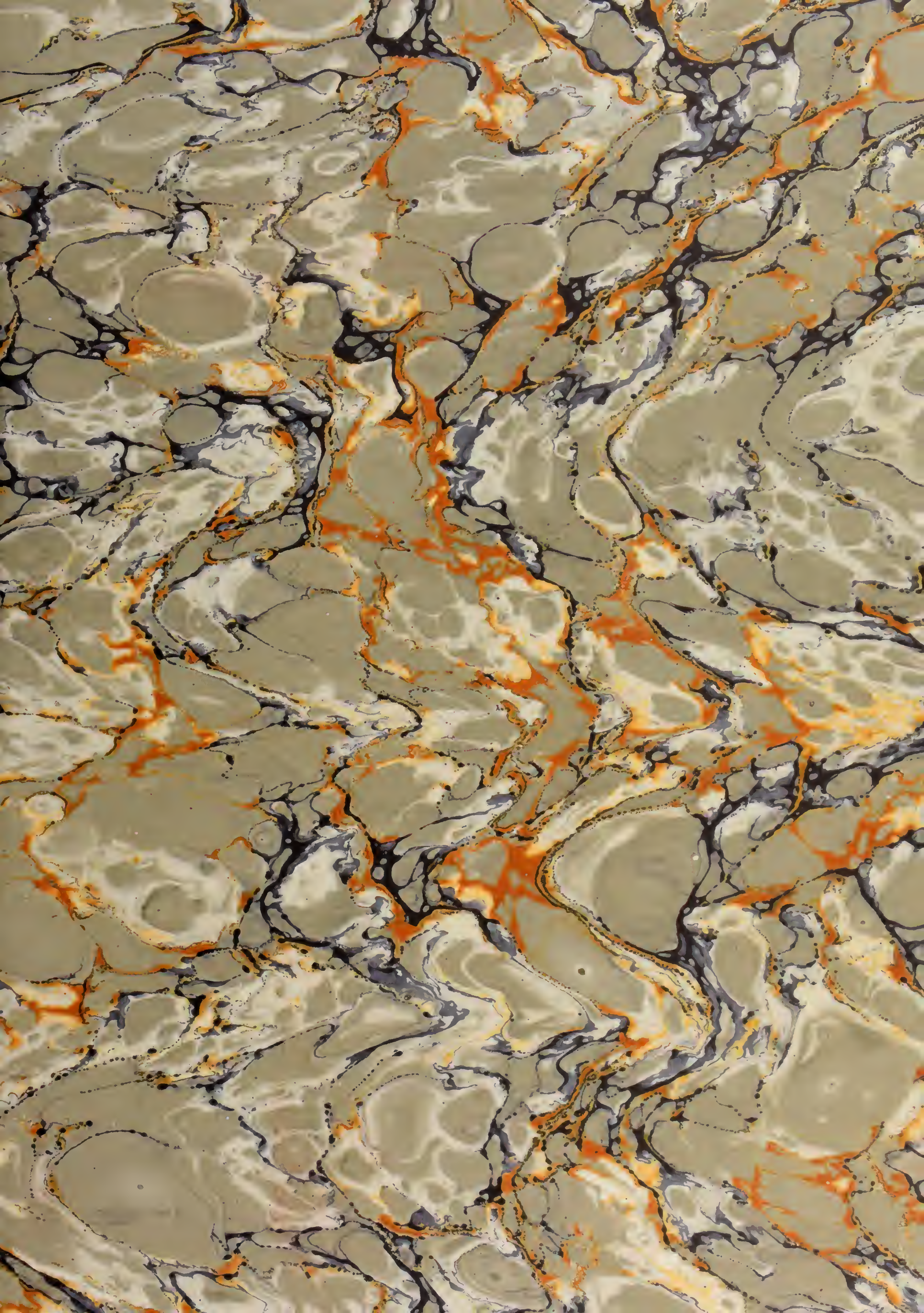


N° 140.

DISSERTATION

SUR

LE CANCER DES LÈVRES,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 juin 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR T. PENISSAT.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Suppléant.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard, *Suppléant.*	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau, *Examinateur.*	Sandras.
Danck.	Trousseau.
Devergie, *Examinateur.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Hommage de respect, de reconnaissance et d'amour filial.

A MES SOEURS.

Amitié sincère.

T. PÉNISSAT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR **FLEURY**,

Chevalier de la Légion-d'Honneur; Chirurgien en chef de l'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand ; Professeur d'anatomie et de clinique externe à l'école secondaire de médecine de la même ville; Membre de l'Académie royale de médecine de Paris et de plusieurs Sociétés savantes.

Témoignage d'un attachement sincère et d'une vive reconnaissance pour toutes les bontés dont il a bien voulu m'honorer pendant le cours de mes études médicales.

SON ÉLÈVE RECONNAISSANT,

T. PÉNISSAT.

DISSERTATION

SUR

LE CANCER DES LÈVRES.

Les lèvres sont deux voiles mobiles, d'une structure compliquée, situés l'un au-dessus de l'autre, symétriquement disposés ; l'ouverture qui les sépare porte le nom de *bouche* (*os*). Chez l'homme, on les distingue en *supérieure* et en *inférieure ;* on leur considère un bord libre et un bord adhérent. Leur surface extérieure fait partie de la face ; leur face intérieure, en rapport avec les os maxillaires et les dents, fait partie de la cavité buccale ; le point d'union de la lèvre supérieure avec l'inférieure porte le nom de *commissure*. Cette commissure limite, comme on le sait, l'étendue de l'ouverture de la bouche, et présente des variétés infinies.

La lèvre supérieure offre à sa partie moyenne une légère dépression (effet de l'adhérence plus intime de la peau avec le muscle labial). Les bords de cette petite gouttière se perdent en haut sur les côtés de la cloison des fosses nasales, et en bas se terminent pour former un petit tubercule que l'on remarque sur le milieu du bord libre de la lèvre ; en dedans, cette lèvre est unie à l'os maxillaire au moyen de la membrane muqueuse qui tapisse la bouche, et qui forme à la réunion des deux os maxillaires un repli auquel on donne le nom de *frein de la lèvre supérieure*.

La lèvre inférieure est généralement moins saillante que la supérieure, son étendue est aussi moins grande. Une ligne courbe transversale la sépare de la saillie du menton et la limite en dehors ; en dedans la membrane muqueuse l'unit aussi à l'os maxillaire, et forme un repli à la partie moyenne de l'organe : *frein de la lèvre inférieure.*

Outre ces différences principales qui distinguent la lèvre supérieure de la lèvre inférieure, on trouve des variétés individuelles sans nombre, et ces variétés se rattachent à une foule de conditions dont voici les principales : la race, l'âge, le sexe, les maladies, etc.

Toutes ces circonstances, qui peuvent offrir des considérations physiologiques et pathologiques très-essentielles à connaître, s'éloignent trop de mon sujet pour que je m'y arrête plus long-temps; j'ai cru seulement devoir les indiquer. Ce qui est beaucoup plus important pour le sujet que je me propose de traiter, c'est la structure de ces parties et le rôle que peuvent jouer, dans l'affection cancéreuse de ces parties, les différens tissus qui les constituent : je vais entrer dans quelques développemens à ce sujet.

La structure des lèvres est assez compliquée; la membrane muqueuse se continue avec la peau, de l'organisation de laquelle elle s'éloigne moins que les autres membranes muqueuses, à cause de son épitélium très-développé, et qui s'enlève comme l'épiderme dans certaines affections de la bouche ou du tube digestif. Son aspect est lisse, le chorion assez épais; la coloration rouge des lèvres, due à la grande vascularité de la couche sous-muqueuse, coloration qui se perd en même temps que les lèvres s'affaissent dans la syncope, les hémorrhagies très-abondantes, et surtout après la mort : toutes ces circonstances, dis-je, tendraient à faire admettre au-dessous de la membrane muqueuse une couche mince de tissu érectile difficile à saisir dans l'état d'affaissement produit par la mort. Ce tissu capillaire est perméable au sang artériel et au sang veineux; au-dessous de la membrane muqueuse se trouve des follicules muqueux très-abondans, des fibres musculaires très-extensibles, des artères flexueuses et donnant beaucoup de ramuscules, occupant le tiers

postérieur de l'épaisseur des lèvres, d'où résulte un précepte en médecine opératoire pour le bec-de-lièvre ; des veines, et enfin des nerfs venant des cinquièmes paires, et quelques filets des septièmes. Parmi les plans musculaires, les uns, orbiculaires des lèvres, forment essentiellement une ouverture, dont les dimensions peuvent changer passivement par dilatation mécanique, activement par l'action de quelques plans musculeux placés vers les commissures. La disposition flexueuse des artères se prête facilement à ces changemens de dimensions, dans lesquels les nerfs ne peuvent éprouver aucun tiraillement, aucun cordon nerveux n'occupant l'épaisseur de l'organe dont il s'agit ; mais seulement des pinceaux nerveux la parcourent en s'épanouissant de bas en haut lorsqu'ils sortent du trou sous-orbitaire, ou de bas en haut lorsqu'ils viennent du trou mentonnier.

Les lèvres, par leur mobilité, leur extensibilité et leur sensibilité exquise, jouent un rôle important dans les premiers actes de la digestion. Elles mesurent le volume des alimens qui peuvent être introduits, et ne se prêtent que jusqu'à un certain terme à la dilatation ; elles reconnaissent la densité, la température des corps introduits ; elles peuvent même, quand les corps sont mous, en modifier la forme, par la facilité avec laquelle elles peuvent se mouler sur ces corps. On sait que dans le jeune âge elles jouent le rôle principal dans la succion ; elles servent à compléter en avant la cavité buccale, à empêcher la sortie des alimens introduits, et même à les repousser sous les arcades dentaires. On sait de quelle importance est leur intégrité dans la mastication, et surtout pour empêcher l'écoulement de la salive, d'où résulte le dépérissement ; elles servent dans la prononciation ; enfin leur mobilité, la finesse de leur tissu, leur grande vascularité en font, dans quelques cas, un organe de plaisir, en même temps que ces dispositions anatomiques en font le siége d'une absorption active.

De toutes les affections qui peuvent atteindre les lèvres, une des plus communes et des plus redoutables est, sans contredit, le cancer. Soit que, revêtant la forme d'ulcère, il détruise peu à peu ces par-

ties; soit que, sous forme de tumeur, il en change et en dénature l'organisation : dans le premier cas on le nomme vulgairement *chancre, ulcère carcinomateux, noli me tangere* des anciens; tandis que, dans le second, il prend le nom de *tumeur cancéreuse* proprement dite.

Le premier, ou ulcère carcinomateux, se rapproche, par sa marche et sa nature, de l'affection cancéreuse de la peau; le second appartient plus particulièrement aux affections cancéreuses en général : l'un et l'autre conduisent au même terme, la destruction des parties, mais par une marche différente dans le principe.

Causes.

Les causes du cancer des lèvres, quoique souvent inconnues, peuvent être divisées en *prédisposantes* et *occasionelles.*

Causes prédisposantes. On peut ranger parmi les prédispositions les fonctions que remplissent ces organes, lesquelles sont relatives à la préhension des alimens, dont elles servent à reconnaître la consistance et la température, conditions qui peuvent porter atteinte à la sensibilité et à la contractilité; de plus, les lèvres sont susceptibles d'une sorte d'érection, et cette fonction peut devenir cause, en se répétant, d'un état d'orgasme, qui peut à la longue conduire au cancer. Enfin, la structure anatomique de ces parties, dans lesquelles prédomine le système capillaire, ne peut-elle pas être rangée comme une prédisposition à la sub-inflammation et par suite à la dégénérescence cancéreuse?

On a remarqué que le cancer des lèvres, qui d'ordinaire occupe plus spécialement la lèvre inférieure, était plus fréquent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion même de dix-neuf sur vingt, ce qui tiendrait peut-être aux genres de profession des premiers.

L'affection cancéreuse des lèvres n'attaque presque jamais les en-

fans, rarement les adolescens, s'observe assez souvent chez les adultes et très-fréquemment chez les vieillards.

Certaines professions semblent y prédisposer, mais c'est plutôt comme déterminant une irritation continuelle sur les lèvres que tout autrement qu'elles agissent, telles sont les professions qui nécessitent une malpropreté habituelle des mains. Nous examinerons l'action de ces causes en traitant du développement et de la marche du cancer.

Les autres prédispositions sont beaucoup plus incertaines dans leur manière d'agir, et peuvent s'appliquer également au cancer de tout autre organe; telle est l'influence des tempéramens bilieux, bilioso-sanguin, mais surtout lymphatique, qu'on a remarqués comme prédisposant spécialement au cancer; tels sont encore la suppression d'une évacuation normale ou maladive, le flux hémorrhoïdaire chez les deux sexes, les menstrues chez les femmes, la suppression d'un exutoire, la répercussion d'un exanthème, etc., etc.

Causes occasionnelles. Les causes occasionnelles sont souvent très-difficiles à apprécier, surtout chez les gens du peuple et les habitans de la campagne, qui en général donnent mal les renseignemens sur les causes de leurs maladies.

On a remarqué que l'usage habituel de pipes dont le tube court et brûlé laisse échapper un liquide âcre très-irritant, en reposant presque constamment sur un même point de la lèvre inférieure, donne souvent lieu à cette maladie. L'usage des chalumeaux pour les émailleurs et autres ouvriers; l'habitude qu'ont certains individus de nourrir des animaux, les pigeons, par exemple, en les *gavant*, sont des causes fréquentes de cancer des lèvres. Le contact sur ces parties de substances caustiques, âcres, et de matières animales en putréfaction peut produire le même résultat : on a également vu cette affection se développer après des violences extérieures, et sous l'influence d'une irritation continuelle entretenue sur ces parties par les aspérités d'une dent pointue; en un mot, tout ce qui détermine

2

ou entretient une irritation permanente sur ces parties peut être considéré comme cause de cancer des lèvres.

Symptômes et marche.

Quoi qu'il en soit des causes qui le produisent, le cancer des lèvres débute tantôt, et c'est le plus ordinairement, par l'apparition d'un bouton au-dessous de la membrane muqueuse, dans l'épaisseur de la lèvre; cette petite tumeur, qui dès le principe n'offre aucun caractère d'une tumeur de mauvaise nature, conserve quelquefois pendant très-long-temps cette apparence de bénignité; son volume, ordinairement peu considérable, varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une aveline; il peut s'accroître avec le temps, et *Garengeot* cite une observation dans laquelle une tumeur de cette nature avait acquis le volume d'un gros œuf de poule. La tumeur est, dans le principe, bien circonscrite, d'une consistance ferme et comme cartilagineuse: les parties environnantes ne participent point à l'engorgement; elle n'occasione alors d'autres douleurs qu'un prurit, qu'une démangeaison désagréables, qu'un sentiment de gêne qui révèle au malade sa présence et l'engage à y porter fréquemment les doigts. Après un temps plus ou moins long, la tumeur, continuellement irritée par le contact des doigts, par le passage des matières alimentaires, mais surtout par une progression de développement qui tient à sa nature intime, présente des caractères qui ne permettent pas de m'éconnaître un cancer. Aux démangeaisons succèdent des douleurs qui traversent la tumeur comme des étincelles électriques: ces douleurs lancinantes, éloignées dans le début, se rapprochent, et finissent par être si fréquentes et si aiguës qu'elles privent le malade de tout repos.

En même temps des changemens non moins remarquables s'opèrent dans l'intérieur de la partie malade et dans les organes qui l'avoisinent: la tumeur devient bosselée, inégale, se ramollit en totalité ou partiellement; ce ramollissement gagne du centre à la circonférence, et par ses progrès la surface de la tumeur est ulcérée. Un

ichor sanieux, fétide, irritant, ulcérant les parties avec lesquelles il est en contact, s'en écoule ; les bords de l'ulcère, élevés, inégaux, se renversent; le fonds en est grisâtre, et d'un aspect qui lui donne une analogie avec la pourriture d'hôpital : on voit çà et là des granulations rougeâtres, saignant avec facilité, s'élever de cette surface de destruction. Ces bourgeons sont semblables, selon l'expression de *Ledran*, à des *pyramides* ou des *rochers*. Cependant les tissus environnans ne sont pas restés étrangers aux progrès du cancer, les tégumens sont devenus violacés, les veines variqueuses, l'engorgement s'est étendu ; il est devenu moins circonscrit, on ne pourrait plus en assigner aussi exactement les limites. Les glandes lymphatiques voisines se sont engorgées quelquefois, comme on le dit, par une irritation sympathique, et alors elles se détuméfient lorsque le mal a été enlevé. Souvent aussi cet engorgement des glandes n'est qu'une répétition du cancer qui hâte singulièrement la perte du malade ; elles deviennent alors le siége d'élancemens semblables à ceux de la tumeur primitive, et elles conduisent promptement à la cachexie cancéreuse. L'ulcère gagne toujours de proche en proche, détruit les tissus et se complique souvent d'hémorrhagies produites par l'ulcération des artères labiales. Il n'est pas rare non plus de voir les dents devenir vacillantes et tomber, ce qui dénote que l'os a été atteint. Enfin l'affection devient générale, la peau prend une teinte jaune paille ; la face, les extrémités deviennent bouffies, œdémateuses, pendant que le reste du corps est réduit au marasme; il survient de la colliquation, et le malade, épuisé par l'insomnie, les douleurs et de petites hémorrhagies, succombe aux progrès d'un mal devenu au-dessus des ressources de l'art.

L'affection cancéreuse des lèvres ne débute pas toujours par une tumeur, quelquefois c'est par une excoriation, un petit ulcère dont la surface est d'un gris noirâtre, les bords durs et renversés, et qui laisse écouler un ichor fétide dont la présence sur les parties voisines augmente le mal et donne au malade la sensation d'une chaleur brûlante. Cet ulcère se recouvre souvent d'une croûte sèche et gri-

sâtre qui se détache facilement, se reproduit de même, et laisse voir chaque fois après la chute les nouveaux progrès du mal : la destruction des parties s'étend quelquefois aux joues, au menton, et le résultat définitif est le même que celui que nous avons indiqué pour la première forme de ce cancer.

Diagnostic.

Telle est la marche du cancer des lèvres abandonné à lui-même; les efforts de la nature sont nuls ou insuffisans pour en amener la guérison; l'art seul peut, au moyen d'une opération, prévenir cette terminaison fâcheuse, mais c'est surtout quand on agit dans le début que cette ressource extrême a des chances de succès. Lorsque la maladie est très-avancée, il serait difficile d'en méconnaître la nature; mais c'est dans le principe qu'il importe de la reconnaître, et il faut un examen attentif, si on ne veut pas s'exposer à la confondre avec plusieurs maladies ordinairement chroniques qui peuvent affecter les lèvres, et qui, cependant, diffèrent essentiellement du cancer par leur nature et par le traitement qu'elles réclament. De ce nombre sont la dartre rongeante et les ulcères vénériens. Je vais examiner ce qu'il pourrait y avoir d'analogie entre ces maladies et celle que je traite; je tâcherai en même temps de faire ressortir les caractères qui ne permettent pas de les confondre.

La dartre rongeante présente une ulcération, elle détruit quelquefois une certaine épaisseur de tissus; elle s'accompagne d'un suintement séro-purulent âcre, fait éprouver aux malades un sentiment de cuisson brûlante. Ces caractères tendraient à la rapprocher de l'ulcère cancéreux ou de la tumeur ulcérée; mais elle n'est pas le siége de ces douleurs lancinantes qui caractérisent spécialement le cancer. L'ulcération de la dartre est ordinairement superficielle, plus étendue que profonde; elle ne présente ni l'aspect, ni la couleur, ni ces bourgeons tuberculeux qui s'élèvent du cancer ulcéré; elle n'a point les bords durs et renversés de ce hideux et fétide ulcère; les veines

voisines ne sont ni dilatées, ni variqueuses; on doit s'aider des circonstances commémoratives; il est rare d'ailleurs qu'une dartre rongeante se développe sur les lèvres sans que l'individu présente quelque autre signe du vice dartreux.

Les ulcères vénériens diffèrent des cancéreux par leur aspect, leurs bords dentelés, taillés à pic, par leur peu de profondeur, et surtout par l'absence des signes propres au cancer.

Certaines tumeurs syphilitiques survenues sur les lèvres ont plus d'analogie avec les boutons cancéreux; elles sont plutôt à la surface que dans l'épaisseur des lèvres. L'âge de l'individu, les circonstances commémoratives doivent aider le jugement du chirurgien; enfin, dans les cas douteux, on peut essayer, comme moyen de diagnostic, un traitement antivénérien.

Prognostic.

Le prognostic de cette affection est toujours grave, parce qu'on n'est jamais certain, après une opération quelconque, que le malade soit à l'abri d'une récidive; cependant cette gravité est accrue par l'ancienneté, l'étendue considérable du mal, par la rapidité de ses progrès, par l'âge avancé, la constitution détériorée de l'individu. Toutes choses égales d'ailleurs, la maladie est plus grave encore quand le cancer a repullulé, lorsqu'il a envahi une grande partie de la face et qu'il a atteint l'os maxillaire; bien que des chirurgiens habiles eussent osé l'attaquer, et quelquefois avec succès, on doit le regarder comme presque au-dessus des ressources de l'art, parce que l'expérience a appris que dans ces circonstances la récidive avait le plus souvent lieu. La multiplicité des cancers dans différentes parties, l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et du col, lorsque ces ganglions sont le siége de douleurs lancinantes, la teinte paille de la peau et les autres signes de la cachexie cancéreuse sont des preuves de l'incurabilité de la maladie.

Traitement.

Pendant long-temps le traitement du cancer des lèvres a été l'objet de recherches, et à plusieurs époques l'empirisme a cru avoir trouvé des spécifiques. On a tour à tour vanté, préconisé la ciguë à l'intérieur et à l'extérieur, des topiques de carotte, de belladone, et on a rapporté des observations de succès pour chacun de ces médicamens, et pour beaucoup d'autres encore dont les formules sont plus ou moins compliquées. Dans ces derniers temps on a proposé les préparations d'iode; ce médicament peut être administré avec succès contre des engorgemens lymphatiques; je ne sache pas qu'il ait d'action sur le cancer.

L'affection cancéreuse, bien organisée, n'est pas, à ce que je crois, susceptible de rétrograder, ou d'une résolution complète; on ne peut en espérer la guérison qu'en détruisant le mal jusque dans ses racines, ou en sacrifiant la partie qui en est affectée. Toutefois, pour peu qu'il y ait de doute sur la nature de la maladie, on ne doit pas prendre un parti extrême, celui d'une opération douloureuse, avant d'avoir essayé d'obtenir la résolution par des antiphlogistiques, des adoucissans, et peut-être par la compression, si elle est supportable. On doit également, si on soupçonne une affection vénérienne, psorique, etc., combattre par des moyens appropriés ces causes présumées du mal, et ce n'est qu'après avoir constaté l'inutilité de ces médications qu'on doit recourir aux moyens chirurgicaux proprement dits. Ces moyens ne sont pas encore applicables dans tous les cas; les principales contr'indications sont la cachexie cancéreuse et l'impossibilité de pouvoir détruire le mal en entier.

On se propose, dans l'emploi des moyens que la chirurgie nous offre, de détruire, de désorganiser, ou d'enlever la partie affectée, si elle en est susceptible, et s'il n'y a pas de contr'indications; si elle n'est pas accessible aux premiers modes de traitement, on doit faire usage d'un traitement palliatif, afin d'apaiser les douleurs, de retar-

der la marche et l'accroissement du cancer, en un mot, de prolonger les jours du malade autant que possible.

La cautérisation convient le plus ordinairement dans les cas où la tumeur et l'ulcère cancéreux ont peu d'étendue, qu'ils sont récens et sans dureté. Cependant on a conseillé pendant long-temps de détruire le cancer des lèvres par la cautérisation, quelle que soit d'ailleurs son étendue; mais cette pratique, qui n'est nullement fondée sur l'observation, ne fait, comme l'expérience l'a prouvé, qu'exaspérer singulièrement la maladie par les irritations répétées du caustique, à moins toutefois qu'elle ne soit susceptible d'être détruite par une ou deux applications au plus. Plusieurs cancers des lèvres, d'abord très-petits, ne se sont étendus, plusieurs ulcères, très-simples dès le principe, n'ont dégénéré même quelquefois en cancer que par l'application des caustiques faite sans méthode comme sans indication. Pour la cautérisation, on peut faire usage ou du cautère actuel ou des caustiques.

L'opinion des chirurgiens est partagée entre ces deux procédés. Les uns préfèrent le cautère actuel, quoiqu'on puisse lui reprocher d'effrayer les malades, et de ne pas toujours étendre son action assez loin. Les autres donnent la préférence aux caustiques. Je partage l'avis des derniers, me fondant sur un assez grand nombre de faits que j'ai observés à l'hôtel-Dieu de Clermont, et surtout sur la pratique de M. *Fleury*, chirurgien en chef dudit hôpital.

Dans l'emploi du cautère actuel, tantôt on se propose de détruire un ulcère carcinomateux des lèvres par l'application d'un cautère rougi à blanc sur tous les points de sa surface, tantôt de séparer une tumeur de même nature des parties voisines avec un cautère dont l'extrémité est mince et taillée comme la lame d'un bistouri convexe. Dans le premier cas, que l'on emploie lorsque l'ulcère est superficiel, on place plusieurs cautères à extrémités oblongues et aplaties dans un réchaud rempli de charbons incandescens ; un aide est chargé d'en activer la combustion. Le malade est placé sur une chaise un peu élevée, sa tête appuyée et maintenue sur la poitrine d'un aide,

qui l'y fixe avec ses mains. Il faut, avant d'appliquer le cautère, couvrir les parties saines environnantes d'épaisses compresses mouillées; ensuite le chirurgien prend le cautère rougi à blanc, et le promène sur tous les points du cancer. Aussitôt que le feu agit sur les chairs, il se dégage une fumée fétide, on entend un sifflement, et le malade crie et s'agite. On peut, lorsque l'ulcère est très-étendu, par l'emploi de plusieurs cautères bien rougis à blanc; on peut, dis-je, épargner des douleurs au malade. Pour que la cautérisation soit bien faite, il faut que tous les points de l'ulcère soient brûlés, et que le cautère reste quelques instans en contact avec les chairs.

Dans le second cas, lorsqu'on veut enlever une tumeur carcinomateuse avec le feu, on choisit le cautère en forme de couteau, et l'on brûle un peu dans les parties saines, toutefois en prenant les mêmes précautions que dans le premier cas. Cependant, comme de simples compresses mouillées défendraient mal les gencives et les parties intérieures de la bouche contre l'action du feu, on place sous la lèvre que l'on opère une plaque de bois entourée de linge; ce qui donne encore un point d'appui à l'instrument, et facilite la cautérisation des chairs sur ce corps étranger. Lorsque la destruction du cancer a été opérée par la cautérisation, le pansement consiste dans l'application sur la partie brûlée de compresses imbibées d'une décoction émolliente ou d'un cataplasme de même nature, que l'on renouvelle plusieurs fois par jour. Au bout d'un temps plus ou moins long l'escharre se détache; il s'élève de toute la surface de la solution de continuité des bourgeons charnus, vermeils; et par un pansement méthodique on arrive bientôt à une cicatrisation parfaite. Cette manière d'enlever une partie cancéreuse me semble barbare; elle ne me paraît avoir aucun avantage sur l'ablation avec l'instrument tranchant : aussi est-elle abandonnée avec raison.

Quant à la seconde méthode de cautérisation, qui consiste à employer les caustiques, il ne faut point attaquer le mal faiblement et à diverses reprises, si on ne veut point voir s'exaspérer l'affection, qui étend ses ravages, et même quelquefois devient incurable; mais on

doit détruire entièrement et assurément l'ulcère ou la tumeur cancéreuse.

Le choix du caustique doit fixer l'attention du chirurgien. Les dissolutions mercurielles et les acides concentrés sont des caustiques que l'on ne doit jamais employer, par ce que leur action n'est pas facile à limiter, et qu'on n'est jamais certain de détruire par une seule application la totalité du mal. La *potasse caustique* doit être aussi rejetée entièrement; car elle entraîne après elle une perte de substance trop considérable, et qui peut être suivie quelquefois de grandes incommodités.

Les caustiques le plus généralement employés, quoique offrant quelque inconvénient, sont le *nitrate acide de mercure* et la *poudre du* Frère Côme. Le premier, vanté à si bon droit par M. *Récamier*, détruit facilement et complètement les parties altérées, et ne produit dans les environs qu'une inflammation peu intense; peut-être même, et c'est l'opinion de ce professeur, peut-être quelque chose de ce médicament est-il pris par les vaisseaux absorbans, et sert-il à neutraliser le mal jusqu'à sa source encore inconnue. Quant à la poudre du *Frère Côme* ou de *Rousselot*, je l'ai vu employer nombre de fois, et presque toujours avec succès; elle est composée ainsi qu'il suit :

℞. Sulfure de mercure..........	une once.
Sangdragon..................	demi-once.
Oxyde d'arsénic.............	un gros.
Savate brûlée...............	un drachme.

Mêlez et triturez le tout dans un mortier de verre, de manière à former une poudre très-fine. Lorsqu'on veut s'en servir, on en délaie la quantité nécessaire avec du blanc d'œuf ou du cérat, mais le plus ordinairement avec la salive, de manière à former une espèce de pâte dont on applique une couche d'une demi-ligne à peu près

d'épaisseur sur la surface de l'ulcère. On recouvre le tout avec une toile d'araignée ou un lichen ; on attend ainsi la chute de l'escharre, qui a lieu au bout de quelques jours. Comme il survient très-souvent de l'inflammation, on applique un cataplasme émollient sur la partie ; ce qui en même temps active la chute de l'escharre. Il survient ensuite une légère suppuration, qui bientôt est suivie d'une cicatrice et de la guérison complète.

Lorsque le cancer a étendu ses racines à quelque distance au-dessous du bord libre des lèvres, il faut alors avoir recours à l'ablation faite avec l'instrument tranchant.

Deux méthodes opératoires se présentent pour atteindre ce but.

La première, qui est la plus ancienne, et mise en pratique par un grand nombre de chirurgiens, surtout en France, par M. le professeur *Boyer*, consiste *à circonscrire la tumeur ou l'ulcère par deux incisions qui, partant obliquement du bord libre de la lèvre, vont se réunir sous un angle aigu au-delà de la partie affectée ;* elle prend le nom de *méthode à incision en* V.

La seconde, indiquée par *Fabrice d'Aquapendente*, et pratiquée de nos jours par MM. *Dupuytren* et *Richerand*, a pour objet de *cerner la tumeur par une incision semi-elliptique, dont la concavité doit être dirigée vers le bord libre de la lèvre ;* on la nomme *méthode* à *incision courbe ou semi-elliptique.*

Sans entrer dans les discussions qui ont eu lieu sur le choix de l'emploi de ces méthodes, je pense que ce choix doit être relatif à l'étendue du cancer, et qu'ainsi on se servira avec plus d'avantage *de l'incision en* V toutes les fois que l'on aura à enlever une petite tumeur ou ulcère carcinomateux ; tandis que *l'incision semi-elliptique* conviendra mieux lorsque l'affection aura envahi la presque totalité de la lèvre.

La première, ou *incision en* V, a l'avantage de permettre un rapprochement parfait des bords de la plaie et une guérison prompte. Par

cette méthode, lorsqu'on n'a emporté qu'un quart de l'étendue transversale de la lèvre, la difformité est nulle, ce n'est qu'au-delà de ce point qu'elle commence à paraître ; encore, à moins que la lèvre n'ait été enlevée presque complètement, cette difformité se réduit à un froncement léger de l'ouverture buccale, froncement qui d'ailleurs n'apporte aucun obstacle à la mastication et qui gêne à peine la prononciation.

La seule objection solide que l'on ait faite à cette méthode est l'irritation des borbs de la plaie, produite par les aiguilles dont on se sert pour faire la suture après l'ablation des parties malades; on a prétendu que cette irritation était propre à favoriser la récidive au milieu de parties disposées à la dégénérescence cancéreuse. Il paraîtrait que cette objection est plus spécieuse que solide, car l'irritation produite par les aiguilles est de très-peu de durée, son intensité beaucoup moindre qu'on ne le croît généralement; et la réunion par première intention, qui ne saurait avoir lieu, comme on le sait, que sous l'influence d'une inflammation peu intense, n'est point communément empêchée. Il n'en est pas de même lorsqu'on a pratiqué *l'incision semi-elliptique* : la plaie, abandonnée à elle-même, suppure, devient par conséquent le siége d'une vive inflammation, car le pus se forme sous l'influence d'une irritation plus intense que celle qui est nécessaire pour la réunion immédiate: en outre, la cicatrisation marche lentement, et par suite la lèvre n'est libre de toute inflammation que long-temps après l'opération. Cette dernière condition, qui manque lorsqu'on a pratiqué *l'incision en* V, est bien plus favorable à la dégénérescence carcinomateuse des lèvres de la plaie, et par suite à la récidive. Ainsi, comme on le voit, l'irritation est moins vive dans la première méthode que dans la seconde.

Quelle que soit la méthode que l'on emploie, il faut surtout avoir la plus grande attention de pratiquer son incision dans les parties saines de la lèvre ; sans cela on s'exposerait à voir repulluler le cancer au bout d'un temps plus ou moins long. On ne doit pratiquer l'ablation

que lorsque les glandes voisines sont saines et non engorgées ; cependant quelques faits, rares à la vérité, ont démontré que cette règle pouvait souffrir quelques exceptions : c'est surtout lorsque l'affection est ancienne et que les glandes voisines sont tuméfiées depuis longtemps qu'on doit ne pas opérer ; car, quelque habile que soit la main du chirurgien, elle ne peut enlever tous les prolongemens du mal ; et même il est probable alors que toute l'économie est infectée par le vice cancéreux.

Pour pratiquer *l'incision en* V, on pourrait, comme pour le bec-de-lièvre, se servir de ciseaux ; mais cependant il vaut mieux employer le bistouri, et voici comment on y procède :

Le malade est placé sur une chaise assez élevée, dans un endroit bien éclairé. On lui met un bonnet sur la tête, que l'on assujettit avec quelques circulaires de bandes, afin de fixer l'appareil du pansement. Sa tête est appuyée sur la poitrine d'un aide placé debout derrière lui, et qui tient ses deux mains appliquées sur les côtés de la face, comprimant au besoin les artères faciales à leur passage sur l'os maxillaire inférieur ; il pousse les joues en avant, afin de rapprocher, après l'extirpation, les bords de la plaie.

Lorsque c'est à la lèvre inférieure qu'on opère, le chirurgien saisit cette lèvre entre le pouce et les deux doigts suivans de la main gauche, tandis qu'un second aide la tient de la même manière du côté opposé, en tirant en arrière la commissure, afin de rendre la section plus facile et plus nette. Alors, tenant son bistouri de la main droite comme pour couper de dehors en dedans, il fait, le long du côté gauche de la tumeur ou ulcère, une incision qui descend, vers le menton, au-dessous du mal. Cette première incision faite, il prend la partie malade avec la main droite, fait tendre du même côté, comme précédemment, et incise sur le côté droit du mal, de manière à ce que les deux incisions viennent se réunir à angle, d'où résulte un triangle ou un V majuscule, dont la base est tournée en haut et le sommet en bas.

Lorsque l'affection carcinomateuse occupe la lèvre supérieure, on opère de la même manière; mais l'incision a une forme inverse de la première.

Quelques chirurgiens conseillent de placer une plaque d'ivoire derrière la lèvre pour la tendre, et, par ce moyen, faciliter la section; mais on peut aisément s'en passer.

Si le cancer s'étendait de haut en bas, de manière à dépasser le frein de la lèvre affectée, il faut, avant de la circonscrire par deux incisions latérales, la détacher de l'os maxillaire.

Lorsqu'on a enlevé la tumeur, il faut réunir les bords de la plaie. Le choix et la bonne application des moyens propres à maintenir réunis les bords de la plaie sont une chose très-importante. Ces moyens sont les mêmes que ceux employés après l'opération du bec-de-lièvre; mais le rapprochement étant plus difficile à obtenir et à maintenir dans le cas de cancer, vu l'écartement qui est plus grand, on doit préférer la suture entortillée, parce qu'elle agit avec plus de force. Voici la manière de la pratiquer.

On place autant d'épingles ou d'aiguilles que l'étendue de la plaie l'exige; on commence toujours par introduire la première le plus près du bord libre de la lèvre opérée, afin que les deux parties du bord libre soient parfaitement de niveau; chaque épingle doit pénétrer de gauche à droite à quatre lignes environ des bords sanglans, et à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de l'épaisseur de la lèvre. Pour introduire les épingles, l'opérateur les prend, comme une plume à écrire, de la main droite, saisit le lambeau gauche de la plaie entre le pouce et l'index de la main gauche, et traverse ainsi la lèvre en faisant sortir la pointe d'abord sur le bord sanglant gauche; il prend ensuite la portion droite de l'incision, traverse son épaisseur en faisant sortir la pointe de l'épingle vers la partie antérieure de la lèvre à quatre lignes du bord sanglant. Les bords de la plaie étant ainsi traversés, on les maintient rapprochés

au moyen d'un fil que l'on fait croiser d'abord en 8 de chiffre et en travers sur chaque épingle ; ensuite en X dans l'intervalle qui les sépare, en ayant soin toutefois de disposer le fil de manière à ce qu'il recouvre la plaie dans toute son étendue, tant en 8 qu'en X. Il faut placer sous les extrémités des épingles de petites pièces de linge, ou mieux de la charpie, si l'on ne veut pas s'exposer à blesser la lèvre et les joues. On applique un léger plumasseau enduit de cérat sur le premier appareil, et l'on assujettit le tout avec un bandage en fronde et quelques circulaires de bandes. La partie inférieure de la plaie, lorsqu'on a opéré sur la lèvre inférieure, doit être réunie très-exactement, afin d'éviter une fistule, que la salive tend à y établir en s'infiltrant entre ses bords. Si cette incommodité existait, on pourrait y remédier en irritant les bords de la fistule avec du *nitrate d'argent*, qui, avivant les bords de la plaie, permet de les rapprocher après la chute de la petite escharre produite d'abord.

Le bouton cancéreux pouvant être placé près de la commissure des lèvres, ou même l'occuper entièrement, il faut alors l'extirper, en faisant deux incisions qui, au lieu d'être verticales, sont horizontales, viennent converger sur la joue, et s'y réunir à angle aigu. *Sabatier* a donné le conseil, dans ce dernier cas, d'opérer la réunion de la plaie par deux points de suture entrecoupés, et de maintenir le tout avec un bandage en fronde, la direction de la division empêchant l'usage du bandage unissant.

Après l'opération, le malade doit, autant que possible, s'abstenir de tout mouvement des lèvres, et ne prendre pendant plusieurs jours que des bouillons, qu'on lui donnera avec un biberon. Lorsqu'il n'arrive aucun accident, la réunion commence à s'opérer au bout de cinq ou six jours, et après douze ou quinze on peut enlever le fil et les épingles qui ont servi à la suture.

Nous venons de voir que le mode opératoire que je viens de décrire s'applique surtout aux tumeurs ou ulcères cancéreux de peu d'étendue ; mais lorsque le cancer a envahi toute la lèvre, et même étend

ses ravages sur les joues, je pense que l'incision de forme semi-elliptique, vantée de nos jours par MM. les professeurs *Dupuytren* et *Richerand*, qui l'emploient même dans tous les cas de cancer des lèvres, doit être préférable. Ces chirurgiens ont été portés à préférer cette méthode, à cause des inconvéniens auxquels la première, selon eux, donnait lieu; tels que froncemens et rides, capables de gêner la mastication et la parole, inconvéniens qu'ils prétendent éviter par l'incision semi-elliptique. Cependant cette méthode a aussi ses inconvéniens; car, lorsque l'affection carcinomateuse s'est étendue très-bas vers le milieu du menton, il ne reste après l'opération aucune partie pour retenir la salive, d'où résultent de grands désordres dans l'acte de la digestion; les gencives et les dents se trouvent à nu.

Dans l'une et l'autre de ces méthodes opératoires il y a le plus souvent hémorrhagie, mais elle s'arrête ordinairement par la simple réunion des bords de la plaie. Si cependant le sang coulait toujours, alors on aurait recours à la compression, ou mieux à la ligature de l'artère labiale.

Le cancer des lèvres peut quelquefois étendre ses ravages jusqu'à l'os maxillaire; alors, à l'exemple d'un petit nombre de faits de ce genre, il faut tenter l'ablation de la partie cancéreuse de l'os, par des moyens convenables, et réunir la plaie.

Le traitement de l'affection carcinomateuse des lèvres serait souvent incomplet, si on se bornait seulement aux moyens thérapeutiques chirurgicaux que je viens de décrire; il faut encore y joindre différens moyens généraux, dont l'ensemble peut contribuer beaucoup au succès de l'opération, et surtout rendre la guérison plus constante et plus durable.

Le malade, pour maintenir et assurer sa guérison radicale, doit éviter tout ce qu'il aura reconnu comme causes prédisposantes et déterminantes du cancer de la lèvre. Ainsi il est bon de savoir que l'on peut éviter une récidive en n'irritant, par aucunes causes, la partie primitivement affectée, et en faisant usage des adoucissans,

des émolliens, secondés et rendus plus efficaces par l'usage simultané de quelques médicamens internes, appropriés aux différentes causes qui y ont donné lieu.

Enfin, il est des cas où le malade a laissé prendre un tel accroissement à l'affection, qu'elle est entièrement au-dessus des ressources de l'art. Cet état a lieu lorsque le cancer s'est propagé jusqu'aux glandes sous-maxillaires; alors le chirurgien, ne pouvant l'emporter totalement, doit employer les moyens palliatifs, s'il ne veut, en opérant, avoir le triste spectacle d'une récidive prompte du cancer, qui marche alors avec plus de rapidité, et par cela même accélère la perte du malade.

Les moyens palliatifs que l'on peut employer dans cette dernière période, quoique quelquefois sans succès, sont les exutoires, les pilules d'extrait de ciguë, d'abord à petite dose, puis en augmentant par degrés, les narcotiques, et enfin un régime adoucissant.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibus occulti cancri fiunt, eos non curare melius est. Curati enim citò pereunt; non curati verò longius tempus perdurant. *Sect.* 6, *aph.* 38.

II.

Ulcera circum glabra, maligna. *Ibid.*, *aph.* 4.

III.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

IV.

In omni morbo, mente valere. et benè se habere ad ea quæ offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Sect.* 2, *aph.* 33.

V.

Lassitudines spontè obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.



